

**FACULTE DE MEDECINE
NECKER ENFANTS MALADES
UNIVERSITE PARIS V**

ANNEE

1972

THESE

N°

83

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jeanine ARNAUD-BATTANDIER née ETIENNE

le 11 avril 1945 à ALGER

Ancienne Externe des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

1972

**AMYLOSE CUTANEE PIGMENTAIRE
AVEC FORMATIONS EN MACARONS**

Président : M. J. HEWITT, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
NECKER ENFANTS MALADES
UNIVERSITE PARIS V**

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jeanine ARNAUD-BATTANDIER née ETIENNE

le 11 avril 1945 à ALGER

Ancienne Externe des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

AMYLOSE CUTANEE PIGMENTAIRE

AVEC FORMATIONS EN MACARONS

Président : M. J. HEWITT, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A MON MARI

A MON MARI

A MON MARI

A MON MARI

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. HEWITT

Professeur de dermatologie à la Faculté Cochin - Port-Royal
PARIS.

- Qui m'a le premier fait apprécier la dermatologie,
et a toujours manifesté à notre égard une grande
compréhension et une extrême gentillesse.
- Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.
- Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
notre reconnaissance et le témoignage de notre
plus profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.P. ESCANDE

Chef de Clinique Assistant à la Faculté Cochin - Port-Royal.

Qui a bien voulu m'inspirer ce travail et me prodiguer ses conseils lors de la réalisation de cette thèse.

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

- A Monsieur le Professeur J. BAUMANN
- A Monsieur le Professeur R. KUSS
- A Monsieur le Professeur P.P. PETIT
- A Monsieur le Professeur M. BARIETY †
- A Monsieur le Professeur R. DUPUY
- A Monsieur le Professeur A. DOMART
- A Monsieur le Professeur M. MORIN

I - INTRODUCTION =

Les dépôts cutanés de substance amyloïde retiennent l'intérêt des dermatologistes et des internistes depuis une trentaine d'années.

Le but de ce travail est de présenter une manifestation jusque là non décrite à notre connaissance d'amyloïdose cutanée.

Il est classique de décrire 3 types d'amyloïdoses cutanées.

1 - Tout d'abord l'amyloïdose généralisée secondaire, la plus anciennement connue, atteignant d'une façon diffuse et massive plusieurs organes (foie, rate, reins, surrénales) au cours de maladies chroniques suppuratives ou de maladies infectieuses.

La participation cutanée est toujours insignifiante ; aucune éruption spécifique ne la traduit ; elle n'est que la découverte d'un examen histochimique systématique.

2 - Ensuite l'amyloïdose systématisée dite primitive de LUBARSH et PICK, de connaissance plus récente.

Dans cette forme, la peau, les muqueuses, les muscles lisses et striés, le coeur sont électivement touchés.

Cette topographie, l'absence de toute notion étiologique, des propriétés tinctoriales différentes opposent théoriquement cette forme à l'amylose secondaire.

En fait il est apparu que ces caractères distinctifs étaient trop inconstants pour qu'on puisse leur attacher une valeur formelle :

- les dépôts sont ubiquitaires comme le prouvent les examens autopsiques des amyloses primitives,
- le myélome est très souvent en cause,
- et dans ces 2 formes la microscopie électronique a confirmé l'identité ultra-structurale des 2 types d'amylose.

3 - Et enfin l'amyloïdose cutanée primitive type GUTMANN ou lichen amyloïde.

Cette variété est localisée à la peau, sans manifestation viscérale et primitive, survenant sans facteur déclenchant précis.

Si la forme papulo-nodulaire est la plus typique, il existe des formes atypiques :

- à petites vésicules,
- bulleuses,
- tubéreuses,
- pseudo-tumorales,
- atrophiantes,
- maculeuses,
- pigmentées,
- vitiligoïdes,
- granulomateuses.

II - PRESENTATION DE LA MALADE =

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas qui nous paraît n'appartenir à aucun des types précédemment décrits.

Madame X... âgée de 57 ans, sans profession consulte à la fin de l'année 1970 pour l'association à une sclérodermie ancienne, d'une éruption nodulaire plus récente de nature indéterminée.

ANTECEDENTS

- Rien à signaler dans la petite enfance
- 1923 = pneumonie,
- 1934 = furoncles - anthrax,
- 1939 = naissance d'un fils, accouchement normal pendant la guerre - engelures,
- 1943 = naissance d'une fille,
- 1942 - 1945 - 1959 = sinusites,
- 1945 = tournoies - 2 panaris de la main droite
- 1947 = diplopie (botulisme - conserve mal stérilisée),
- 1948 = ulcère de la cheville gauche,
- 1966 = plaies variqueuses du dos des jambes (cure à Bagnoles-de-l'Orne),
- 1965 - 1967 - 1968 = périphlébites,
- 1968 = sclérose des varices.

A - Sclérodermie =

- Depuis l'âge de 13 ans, cette malade souffre d'un syndrome de Raynaud typique des mains sans atteinte du pouce.

- A l'âge de 30 ans environ, sont apparus les premiers signes de sclérodactylie.

La peau des doigts est actuellement épaissie, dure, infiltrée, cireuse, responsable d'une extension incomplète des doigts.

Cette infiltration est également notable au niveau du dos des mains et déborde de quelques centimètres sur les avants-bras.

En dehors des lésions de sclérose cutanée =

a - Le visage est un peu figé ; les joues sont creuses. On note une discrète rétraction de l'orifice buccal et une certaine perte de l'expressivité. La peau des joues est parsemée de fines télangiectasies.

b - Il existe des petites concrétions calcaires sous-cutanées aux mains et aux coudes ; certaines s'éliminent spontanément en particulier au niveau de l'index gauche, une autre a été enlevée chirurgicalement au niveau du coude droit.

Sur l'ensemble de ces signes, le diagnostic de sclérodermie avec syndrome de THIBIERGE-WEISSENBACH est porté depuis une vingtaine d'années. Le traitement consiste essentiellement en vaso-dilatateurs. L'évolution reste remarquablement stable.

B - Les lésions d'amylose =

Depuis 7 ou 8 ans, sont apparues des lésions nouvelles :

a - une pigmentation brunâtre = irrégulière, un peu sale, en plaques ou traînées, épargnant le visage, mais nette sur le cou, le thorax, les membres, les flancs ; les muqueuses sont indemnes.

b - Au niveau des membres inférieurs se forment :

- des lésions nummulaires légèrement saillantes, de teinte variable : certaines à peine teintées, d'autres brunes, d'autres enfin, les plus nombreuses, franchement noires. Leur taille variable va de 1 à 5 cm. de diamètre,

- ailleurs, des petites papules à peine pigmentées.

Ces lésions sont indolores et non prurigineuses.

L'étude histologique : (prélèvement à la face externe de la cuisse gauche)

L'histologie fait suspecter la présence de substance amyloïde :

Sous un épiderme normal mais dont la basale est régulièrement hyperpigmentée, le derme montre d'importantes altérations structurales sans aucune infiltration inflammatoire. Les fibres collagènes normales sont rares et remplacées par des masses tantôt arrondies, tantôt disposées longitudinalement mais toujours épaissies homogènes pâles grisâtres. Les vaisseaux du derme sont également entourés de formations de même aspect, annulaires autour d'un endothélium normal. Il semble enfin que dans le derme cette substance infiltre les muscles arrecteurs qui sont épaissis et dont les fibres sont dissociées.

On retrouve des images semblables floconneuses et pâles plus frappantes encore dans l'hypoderme autour de petits vaisseaux d'aspect normal et parfois semble-t-il dans des vésicules adipeuses.

Il se forme ainsi de larges anneaux homogènes et nuageux.

Affinités tinctoriales

La substance qui remplace le collagène :

1 - est faiblement éosinophile, PAS. positive de façon variable,

2 - n'est ni ortho ni métachromatique au bleu de toluidine, ne prend pas le bleu alcyan

3 - ne contient aucun dépôt lipidique

4 - en revanche, elle prend le rouge congo avec biréfringence en lumière polarisée.

Elle a une forte fluorescence jaune à la thioflavine en ultra-violet. Elle possède enfin une structure fibrillaire non fasciculée en microscopie électronique.

L'ensemble de ces caractères permet d'affirmer qu'il s'agit de dépôts amyloïdes.

L'hyper-pigmentation s'explique à la fois par excès de pigment mélanique dans la basale épidermique et la présence de pigments ferriques dans la partie haute du derme moyen.

C - Bilan viscéral et biologique :

1 - Sur le plan de la sclérodermie en dehors de l'atteinte cutanée, on ne retrouve aucun signe de dissémination viscérale :

a - digestive

- buccale

→ muqueuses intactes

→ radio normale = pas d'élargissement de l'espace péri-odontal,

- oesophagienne

→ pas de dysphagie

→ ni de reflux gastro-oesophagien cliniquement décelable

- gastrique et intestinale

→ aucune manifestation fonctionnelle

→ une radio d'estomac, pratiquée en 1964, s'était avérée normale.

b - pulmonaire :

→ ni dyspnée, ni cyanose

→ radio pulmonaire normale.

c - Cardiaque :

→ Aucun signe fonctionnel.

→ A l'examen clinique, souffle systolique méso-cardiaque variable anorganique.

→ A la radio, coeur de volume normal.

→ A l'E.C.G. : tracé normal en dehors d'une arythmie sinusale et probablement un lambeau de rythme nodal (D_2) assez banal et sans doute indépendant de sa maladie de système.

d - Rénale = absence de protéinurie.

Au terme de ce bilan, on ne retrouve aucun signe de dissémination viscérale, en particulier oesophagienne ou pulmonaire.

2 - Sur le plan de l'amyloïdose, hormis les lésions cutanées précédemment décrites, on ne retrouve :

a - pas de lésions purpuriques,

b - pas d'atteinte des phanères, en particulier de papillomatose sous-unguéale,

c - pas de macroglossie,

d - pas de manifestations articulaires en particulier au niveau du canal carpien,

e - pas de troubles digestifs

f - pas d'atteinte musculaire,

g - pas de manifestations cardiaques, cliniques et électriques.

3 - Sur le plan biologique, la N.F.S. et la V.S. sont normales, de même que l'électrophorèse des protides confirmée par une immuno-électrophorèse.

Il n'existe pas de protéinurie. Les radios du squelette sont normales hormis quelques calcifications des parties molles imputables au syndrome de THIBIERGE-WEISSENBACH.

La ponction sternale, enfin, ne montre pas de plasmocytose.

Le test au latex est positif. Le Waaler-Rose est positif au 1/16.

oOo

III - REVUE DE LA LITTÉRATURE =

Notre recherche bibliographique s'est axée sur 2 pôles :

1 - association amylose - sclérodermie = nous n'avons pas relevé d'association vraie des 2 dans la littérature, mais étant donné les liens qui unissent ces 2 maladies avec les maladies immunitaires, il n'est pas impossible qu'une observation nous ait échappé.

2 - Amyloïdose cutanée, revêtant l'aspect de macarons hyper-pigmentés.

Parmi les amyloïdoses cutanées isolées primitives, les lésions sont de type très variable :

a - R. DEGOS distingue 3 formes :

- la forme papulo-nodulaire, décrite par GUTMANN et par FREUDENTHAL, la plus fréquente (Biblio n° 13 - 14).
- le type moniliforme et en plaques, décrite par PEYRASSU,
- le type maculeux, isolé par PALITZ et PECK.

Des formes atypiques, plus rares, ont été décrites, mais leur intégration dans l'amyloïdose cutanée isolée primitive doit être discutée pour certaines d'entre elles : papules transparentes simulant des vésicules ou un pseudo-milium colloïde ; bulles (Marchionini) ; plaques infiltrées sur l'arcade sourcilière (Madras), sur les paupières (Jonas) ; lésions nodulaires multiples (Fuhs) ; lésions tubéreuses du visage simulant le léontiasis lépreux (Midana) ; lésion lobulée tumorale du sillon naso-génien (HOLTZMAN et SKEER) ; plaques xanthomatoïdes de la face (SIEGEL).

Mais dans cette liste ne figure pas le type de lésion cutanée, qui a retenu notre attention.

b - Pour P. de GRACIANSKY :

- à côté de la forme papuleuse typique (Biblio n° 27 - 28 - 29 - 30 - 33), existent 2 autres aspects exceptionnels :
- une forme maculeuse (Biblio n° 29 - 30),
- une forme tumorale plus atypique encore, réalisant l'aspect de papillomes squameux.

Enfin on peut relever dans la littérature, (Bulletin 1969 = Biblio n° 32), la description d'une amyloïdose cutanée à forme pigmentaire pure.

Dans ce cas on note plusieurs localisations :

→ au niveau du dos, où le lichen prend un aspect papuleux ; au niveau des gouttières latéro-vertébrales, la description des papules est moniliforme.

Cette éruption s'accompagne d'un prurit.

La 1^{re} lésion serait peut-être apparue à la suite d'un traumatisme de l'omoplate gauche,

→ au niveau des jambes (faces antéro-externes), les lésions sont de plus grande taille réalisant une sorte de damier,

→ au niveau de la face antérieure du thorax, quelques lésions isolées seraient apparues par la suite.

L'histologie montre l'image d'un lichen amyloïde.

c - B. DUPERRAT ne cite que le lichen amyloïde de FREUDENTHAL (Biblio n° 17 - 18).

d - D'autres auteurs ont décrit :

α - des amyloïdoses cutanées localisées primitives à forme nodulaire :

- J. BEUREY (Biblio n° 4 et 5) décrit une forme nodulaire pseudo-tumorale d'amyloïdose cutanée à localisation pré-tibiale ; l'aspect clinique fait évoquer d'emblée une maladie dysmétabolique = myxoedème ou amyloïdose.

Mais les colorations permettent de rejeter la notion de myxoedème et confirment celle d'amyloïdose.

Dans quel cadre placer ce malade ?

Probablement aux côtés du lichen amyloïde de FREUDENTHAL, bien que l'aspect clinique en soit très différent.

Ici les éléments pathologiques ont la taille d'une noix, alors que dans le lichen amyloïde, ils forment des éléments papuleux multiples pré-tibiaux, infiniment plus nombreux et plus petits ; mais pour le reste il y a similitude absolue du fait de l'infiltration translucide, du caractère latent, non prurigineux de la dermatose, et même de sa localisation et de sa coloration histologique tout-à-fait comparable à celle du lichen amyloïde. L'absence de signes biologiques viscéraux d'amyloïdose est un symptôme commun aux 2 formes.

- E. BIZZOZERO et A. MIDANA (Biblio n° 7) rapportent un cas d'amyloïdose nodulaire disséminée.

Il s'agit d'une forme multi-nodulaire du visage, donnant à celui-ci un aspect léonin rappelant la lèpre.

Le nodule initial (joue droite) était de la grosseur d'une lentille, de couleur rouge sombre et de consistance molle. Au bout de quelques mois :

---> extension du nodule en surface et en profondeur, il devient plus ferme et jaunâtre ; l'aspect est cérébriforme,

—> apparition de nouveaux nodules en différents points du visage.

Le tableau histologique et les réactions du tissu conjonctif vis-à-vis des substances colorantes ne laissent aucun doute sur le diagnostic d'amyloïdose cutanée.

En outre, l'intégrité parfaite de l'état général pendant les 10 dernières années, la négativité de l'épreuve de (BENNHOLD) au rouge Congo et les autres examens de laboratoire excluent l'hypothèse de manifestations cutanées accompagnant une amyloïdose généralisée ; il s'agit d'une amyloïdose localisée.

Le processus paraît s'être installé sur une "peau apparemment saine".

- P. DUGOIS, P. COUDERC et P. AMBLARD (Biblio n° 16) décrivent un cas d'amyloïdose cutanée en tumeur unique, localisée au milieu de la jambe gauche, de coloration jaunâtre réalisant au palper un blindage et ne s'accompagnant d'aucun phénomène subjectif.

L'examen histologique de cette tumeur viendra révéler la présence d'une infiltration amyloïde.

Un bilan clinique et biologique sera pratiqué ; il s'avère normal.

Il s'agit donc d'une tumeur amyloïde dermo-hypodermique isolée.

- L. RUSCZACK et L. WOZNIAK (Biblio : n° 58) exposent un cas d'amylose cutanée nodulaire avec anéodermie.

- FREUND (Biblio n° 21) rapporte un type de lésion à grosses nodosités et en forme de plaques de l'amyloïdose locale de la peau.

- Dans le cas de FELS (Biblio n° 22), la partie postérieure des petites lèvres, le périnée et le pourtour de l'anus étaient le siège de lésions rappelant les condylomes plats ou le pemphigus végétant. L'ouverture anale était recouverte par des formations tumorales constituées par des nodules du volume d'un pois ou d'une noisette, pédunculés et serrés les uns contre les autres.

- Une description tout-à-fait analogue, pour ce qui est de la localisation et l'aspect des lésions, a été celle que donne WOLFROM (Biblio n° 68).

- Dans le cas de KONIGSTEIN (Biblio n° 48), la région anale était couverte de nodules surélevés, en forme de tumeur, nodules de couleur rouge sombre serrés les uns contre les autres et séparés par des sillons transversaux.

β - Des amyloïdoses cutanées localisées primitives à forme pigmentaire pure.

A côté du cas décrit par P. de GRACIANSKY, et dont nous avons déjà parlé, on relève 2 autres observations rapportées par E. HADIDA et R. STREIT (Biblio n° 37).

Chez ces 2 malades, tout se résume à une réaction pigmentaire sans signe fonctionnel d'accompagnement.

Nous voyons donc que nos recherches bibliographiques nous ont permis de retrouver quelques cas d'amyloïdoses cutanées primitives revêtant :

- soit un aspect tumoral,
- soit un aspect pigmenté,

mais aucun cas de macarons hyper-pigmentés.

Nous ne comptons évidemment pas les formes pseudo-sclérodermiques de l'amyloïdose décrites par :

- R. DEGOS, comme le type infiltrant de l'amyloïdose systématisée dite primitive.

- P. de GRACIANSKY, comme l'un des symptômes de cette même amyloïdose systématisée dite primitive, les autres étant la papule dysmétabolique, les pigmentations anormales, les manifestations purpuriques

oOo

IV - COMMENTAIRES -

Cette observation appelle un certain nombre de commentaires :

1 - Sur le plan diagnostique :

- La sclérodermie paraît certaine. Certes on décrit des formes sclérodermiques des amyloïdoses, mais ici la longue précession par un syndrome de Raynaud, la sclérodactylie indiscutable, l'existence de calcifications, de télangiectasies sont très en faveur du diagnostic.

- Quant à l'amyloïdose :

- le diagnostic de lichen amyloïde d'un type jusque là inconnu ne semble pas pouvoir être retenu devant les résultats de l'histologie ; en effet l'importance du dépôt de substance amyloïde et sa localisation (derme profond) vient à l'encontre du diagnostic de lichen amyloïde, où le dépôt siège uniquement dans les papilles dermiques immédiatement au contact de la basale.

- De même le diagnostic d'amyloïdose primitive ne peut être formellement retenu, aucune localisation viscérale n'ayant pu être mise en évidence cliniquement chez cette malade.

Jusqu'à présent il ne semble pas que de tels aspects aient été décrits.

2 - Sur le plan pronostique :

- La malade est atteinte d'une forme bénigne de sclérodermie, qui ne met pas en jeu le pronostic vital, car l'évolution de cette affection est stationnaire depuis 20 ans.

- Que penser des lésions d'amylose ? Bien que notre observation soit encore incomplète et ne comporte pas en particulier d'étude histologique de viscères profonds, il apparaît que la distribution de la substance amyloïde permet de rejeter l'hypothèse d'un lichen amyloïde d'un type clinique jusque là inconnu. Il serait très surprenant que de semblables dépôts n'existent pas au niveau d'autres viscères.

Aussi est-ce avec un optimisme très mesuré qu'il faut accueillir le calme biologique actuel, qui semble indiquer pourtant une intégrité viscérale profonde.

oOo

V - CONCLUSIONS =

L'étude d'un cas d'amylose cutanée pigmentaire avec formations en macarons, observé à l'hôpital TARNIER nous a permis :

- de rapporter un type de lésion cutanée jusque là non décrite,
- d'étudier les particularités cliniques, biologiques et évolutives de l'amyloïdose cutanée primitive et de l'amyloïdose systématisée primitive,
- et de souligner combien il est parfois difficile de poser un diagnostic précis entre ces 2 affections.

Si suivant les auteurs de nombreuses variétés, sur lesquelles nous ne reviendrons pas, ont été décrites dans le cadre du lichen amyloïde, il nous a semblé intéressant de signaler cet aspect tout-à-fait particulier et jusque là inconnu, semble-t-il.

Mais d'autre part si cette éruption faite de macarons hyper-pigmentés semble isolée, donc se rattacher au lichen amyloïde, son aspect histologique nous oblige à repousser ce diagnostic et à envisager celui d'amylose systématisée primitive, bien qu'aucune atteinte viscérale n'ait pu être décelée cliniquement.

Une étude histologique approfondie des différents viscères susceptibles d'être touchés dans cette affection nous permettrait peut-être d'éclaircir le problème.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur J. HEWITT

Professeur H. JEROME

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

1 - Mme. S. ALEXANDER. -

Lichen amyloïde.

Bulletin 1970. Tome 77 - n° 5. pp. 707-709.

2 - M. H. BARRIERE. -

Lichen amyloïde évoluant depuis 25 ans.

Bulletin 1969. p. 53.

3 - M. L. BESSIERE. -

Amyloïdose cutanée primitive disséminée.

Bulletin 1962. Tome 89. p. 495.

4 - MM. J. BEUREY, J. BAUER, J. VADOT et Melle. Y. MOUTET. -

Bulletin 1963. Tometo pp. 487-488.

Amyloïdose cutanée localisée primitive à forme nodulaire.

5 - MM. J. BEUREY, J. BAUER, J. VADOT, P. SAPELIER et Melle. Y. MOUTET. -

Bulletin 1964 - Tome 71. pp. 237-239.

Amyloïdose cutanée localisée primitive à forme nodulaire.

6 - MM. J. BEUREY, J.M. HOUGEOLLE, G. DE GANS, et Melle. J. CAROLUS. -

Bulletin 1957.

Lichen amyloïde, forme Gutmann. p. 456.

7 - E. BIZZOZERO et A. MIDANA (Turin). -

Amyloïdose cutanée.

Annales 1950 - Tome 10. pp. 18 - 24.

- 8 - MM. BLACK. -
Lichen amyloïde.
Bulletin 1970 - Tome 77 - n° 5. pp. 709-711.
- 9 - MM. Paul BLUM, Max LARDAT, Henri PAYENNEVILLE (Histo par M. DUPERRAT). -
Lichen plan pigmentogène et en voie de transformation amyloïdo-fibreuse.
Bulletin 1948. pp. 184 - 185.
- 10 - ALVAREZ CASCOS. -
Lichen amyloidosis de Freudenthal. Actos Dermosifiliographicas.
Année 42 - n° 8. mai 1951 pp. 772 - 778. 6 fig. bibliogr.
- 11 - S. CASTERMANS - ELIAS, P. DEWART et Ch. M. LAPIERE. -
Un cas d'amyloïdose cutanée primitive.
Archives Belges - Tome XXIV - fasc. 2. pp. 173 - 176.
- 12 - A. CORTES. -
Primary cutaneous Amyloidosis.
Dermatologica. Vol. 139 - pp. 109 - 114.
- 13 - MM. R. DEGOS, J. DELORT et J. HEWITT. -
Amyloïdose cutanée localisée primitive.
Bulletin 1951 - pp. 534 - 536.
- 14 - MM. R. DEGOS, R. TOURAINE, J. CIVATTE et D. RIGOLET. -
Amyloïdose systématisée primitive.
Bulletin 1966 - p. 125.
- 15 - P. DEVOS. -
Lichen amyloïde ?
Annales Belges. Tome XXI - fasc. 3 - p. 422.
- 16 - MM. P. DUGOIS, P. COUDERC et P. AMBLARD. -
Amyloïdose cutanée en tumeur unique.
Bulletin 1965 - Tome 72. pp. 59 - 60.

- 17 - MM. M. DUPERRAT, Robert MASSE et Denis. -

Amyloïdose lichénoïde de la face.
Bulletin 1951 - pp. 486 - 487.

- 18 - MM. B. DUPERRAT, A. PUISSANT, Mme. F. BEER, Ph. BLANCHET, et Mme. E. THOMINE.

Bulletin 1970 - Tome 77. Fasc. 3. p. 325.
Lichen amyloïde des membres inférieurs.

- 19 - P. FARINAS. -

Amyloïdose cutanée primitive ou lichen amyloïde de Freudenthal.
Traitement par les facteurs lipotropes hépatiques.
Annales 1952.
Boletín de la Sociedad Cubana de Dermatología y Sifibrografía.
Vol. 8, n° 1. mars 1951. pp. 12 - 18.

- 20 - FREUDENTHAL. -

Amyloïdose de la peau.
Arch. für Dermatologie und Syphilis. T. 162. 19 - 30 - 40.

- 21 - FREUND. -

Forme à grosses nodosités et en forme de plaques de l'amyloïdose locale de la peau.
Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten, 41, 1932, 292.

- 22 - FUHS. -

Amyloïdose locale particulière de la peau à forme de tumeur.
Zentralblatt für Haut und Geschlechts-Krankheiten, 69, 1943, 51.

- 23 - Von H. GABRIEL UND, W. LINDEMAYR. -

Amyloidosis cutis nodularis atrophicans.
Dermatologica, 1957 - Vol. 115 - pp. 508-515.

- 24 - J. GARB. -

Amyloïdose cutanée de type lichénoïde, traitée avec succès par la résine de podophylline.
Arch. of Derm. and Syph. t. 62. n° 5. déc. 1950. pp. 698-702.
1 fig. Biblio.

25 - M. GOTTRON (TÜBINGEN). -

Amyloidis cutis nodularis atrophicans diabetica. Deutsche medizinische Wochenschrift.

(N° du 75e anniv. de la fondation). Année 75, n° 1, 6 janv. 1970. pp. 19 - 24. Biblio.

26 - MM. M. GOUGEROT, A. CARTEAUD et B. DUPERRAT. -

Amyloïdose cutanée.

Bulletin 1945. p. 69.

27 - MM. P. de GRACIANSKY, S. BOULLE, P.F. CECCALDI, R. LECLERCQ et A. BONJUAH. -

Amyloïdose cutanée primitive (lichen amyloïde).

pp. 393 - 395.

28 - MM. P. de GRACIANSKY et Ch. GRUPPER, (Histo = Pr. HEWITT). -

Lichen amyloïde (type Freudenthal) ou amyloïdose cutanée localisée primitive (type Gutmann).

Bulletin 1955. p. 497 - 498.

29 - MM. P. de GRACIANSKY, Ed. TIMSIT, et R. LECLERCQ. -

Lichen amyloïde.

Bulletin 1965. pp. 335 - 337.

30 - MM. P. de GRACIANSKY, Ch. GRUPPER, Mme. L. SIRKIS et A. PONS. -

Lichen amyloïde.

Bulletin 1967. pp. 203 - 204.

31 - MM. P. de GRACIANSKY et Ed. TIMSIT, (Histo = J. Guilaine). -

Amyloïdose lichénoïde.

Bulletin 1969. pp. 302 - 303.

32 - MM. P. de GRACIANSKY, M. TAIEB et E. FELLOUS (Histo - J. Guilaine).

Amyloïdose cutanée à forme pigmentaire pure.

Bulletin 1969. p. 762.

33 - P. de GRACIANSKY et Mme. L. SIRKIS. -

Lichen amyloïde.

Bulletin 1970. Tome 77. Fasc. 3. pp. 308 - 309.

34 - S.S. GREENBAUM et J.T. BAUER. -

Amyloïdoïde primitive à type de lichen.
Annales 1949. Tome 9. pp. 701 - 703.

35 - MM. Ch. GRUPPER (Histo : J.- CIVATTE). -

Amyloïdose cutanée localisée primitive à forme exceptionnelle,
maculeuse.
Bulletin 1958 - pp. 270 - 271.

36 - W. GUTOWSKI. -

Amyloïdose lichénoïde de la peau.
Prza. glad. Dermatologiczny. P; 35, n° 3 - 4 - sept. déc. 1948.
pp. 408 - 416.

37 - MM. E. HADIDA et R. STREIT. -

Amyloïdose cutanée pigmentée pure (f. incipileis).
Bulletin 1961 - pp. 149 - 151.

38 - MM. E. HADIDA et R. STREIT. -

Amyloïdose cutanée primitive localisée (à propos de 6 cas dont 2
d'amyloïdose maculeuse).
Bulletin 1963. Tome 70. pp. 662 - 663.

39 - M. E. HADIDA et Mme. J. SAYAG. -

Amyloïdose cutanée primitive localisée (forme papuleuse et maculeuse).
Bulletin. 1964. Tome 71. pp. 394 - 395.

40 - M.E. HADIDA et Mme. J. SAYAG. -

Amyloïdose cutanée primitive lichénoïde (forme diffuse).
Bulletin 1964. Tome 71. p. 403.

41 - M.E. HADIDA et Mme. J. SAYAG. -

Amyloïdose cutanée primitive papuleuse et maculeuse. (2e présentation).
Bulletin 1969. pp. 404 - 405.

42 - M.E. HADIDA, Mme. J. SAYAG et M. J.J. BONERANDI. -

Amyloïdose cutanée papuleuse et maculeuse.
Bulletin 1970. Tome 77. fasc. 2. pp. 211 - 212.

- 43 - M. HOFFMANN, MARTINOT (Histo : Pr. LE COULANT). -
Lichen amyloïde, (forme papulo-nodulaire de Freudenthal).
Bulletin 1964. Tome 71. pp. 754 - 755.
- 44 - Claude HURIEZ, François DESMONS et Pierre AGACHE. -
Lichen amyloïde de Freudenthal.
Bulletin 1960. p. 956.
- 45 - Cl. HURIEZ, F. DESMONS, M. BENOIT et P. AGACHE. -
Lichen amyloïde.
Archives Belges. Tome XIV. Fasc. 1. pp. 191 - 196.
- 46 - MM. JOULIA, LE COULANT, Léonard, TAXIER et Mme REGNIER. -
Lichen amyloïde.
Bulletin 1957. p. 99.
- 47 - KÖNIGSTEIN. -
Sur l'amyloïdose de la peau.
Archiv. für Dermatologie und Syphilis. 148, 1925, 330.
- 48 - KUSKE, H., J.M. PASCHOUD und W. SOLTERMANN. -
Lichen amyloïdosus.
Dermatologica 1957. n° 28. Vol. 114. p. 313.
- 49 - M.M. LE COULANT et PETGES. -
Lichen amyloïde.
Bulletin 1966. p. 71.
- 50 - MM. P. LE COULANT, L. TEXTIER et Coll. -
Eruption papulo-lichénoïde et pigmentée, syndrome de Mali ?
Bulletin 1970. Tome 77. Fasc. 1. p. ?
- 51 - J.M. MASCARO et F.X. CARTON. -
Lichen amyloïde.
Annales 1965. Tome 92 - pp. 400 - 402.
- 52 - R. MEES., BENERWIJK. -
Casus pro diagnosi (Lichen Amyloïdosus ? Lichen Myxoedematosus ?).
Dermatologica 1966, Vol. 133. p. 348.

53 - D. FERIASSU. -

Amyloïdose primitive de la peau = traitement - considérations.
Annales 1949. Tome 9 - pp. 701 - 703.

54 - MM. B. PIGUET et J. GUILLAIN (Histo par Mme. F. BASSET). -

1 cas de lichen amyloïde (amyloïdose cutanée localisée primitive
type Gutmann-Freudenthal,
Bulletin 1957. pp. 375 - 376.

55 - MM. J. PINOL, J.M. MASCARO, F. OLLER, E. BASSAS et A. CASTELS. -

Lichen amyloïde universalis.
Bulletin. 1968. pp. 415 - 416.

56 - R. PIRNAY. -

Amyloïdose cutanée localisée (type Gutmann-Freudenthal).
Archives Belges 1958 - Tome XIV. Fasc. 2. pp. 269 - 270.

57 - R. RUSZCZACK et L. WOZNIAK (LODZ). -

Amylose cutanée nodulaire avec anétodermie.
Annales 1962 - Tome 89 - p. 682. Der Hautarzt. t. 12. 1961.
pp. 254 - 259.

58 - MM. P. St. ANDRE, F. CHASTEL et J. BIOT (Lyon). Histo C. CHASTEL. -

Amyloïdose cutanée primitive isolée. Lichen amyloïde de Gutmann et
Freudenthal. Forme atypique de plaques xanthomatoïdes de la face.
Bulletin. 1970 - Tome 77. Fasc. 1. p. 64.

59 - Mme. J. SAYAG et M.E. HADIDA. -

Amyloïdose cutanée primitive lichénoïde.
Bulletin 1966. pp. 293 - 294.

60 - W. SCHNEIDER et M. P. MISMAIL (Tübingen). -

Le lichen amyloïdien en tant qu'exemple d'amyloïdose péri-collagénique,
primaire, limitée à la peau et à prédominance circonscrite.
Archiv. für Klinische experimentale Dermatologia 1966. Vol. 224,
N° 3. pp. 235 - 247. Annales 1967.

61 - M. SIGART et J.M. LA CHAPELLE. -

1 cas de lichen amyloïde.
Annales Belges 1964 = Tome XX. Fasc. 4. pp. 337 - 339.

62 - HANS STORCK, ZURICH. -

Lichen amyloidosis.

Dermatologica. Vol. 108. pp. 409 - 411.

63 - M.P. TEMINE (Histo # Pr. D. PICARD). -

Amyloïdose lichénoïde.

Bulletin 1955 - pp. 205 - 206.

64 - N.C.T. de URIES. -

Lichen amyloidosis associated with disseminated Neurodermitis.
Dermatologica. 1967. Vol. 134. p. 404.

65 - P. VAN CANEGHEM. -

Lichen amyloïde.

Archives Belges - Tome XV. Fasc. 3. p. 354.

66 - B. WALTREGNY-HENING. -

Lichen amyloïde.

Archives Belges. Tome XXV - Fasc. 3. p. 376.

67 - WOLFROM. -

Amyloïdose locale de la peau, à forme de tumeur, dans une amyloïdose
atypique généralisée (systématisée).

Archiv. Für. Dermatologie und syphilis. 184. 1943. 289.

